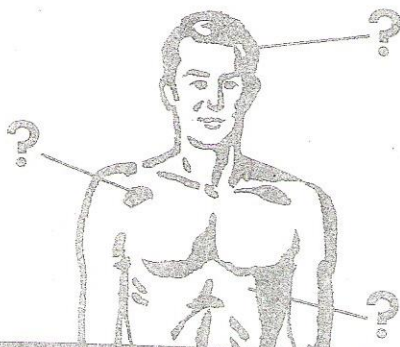


En busca de soluciones

Un nuevo enfoque
en psicoterapia

W. Hudson O'Hanlon
M. Weiner - Davis



Terapia Familiar

616.8914 03

Ej.1



37

PAIDOS

2. DESAFIAR PRESUPUESTOS

PREMISAS DE LA TERAPIA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

Para contrastar los dos tipos de enfoque, el dirigido a la explicación y la patología, y el orientado a las soluciones, proporcionamos aquí un análisis de las premisas de ambos. Debe tenerse en cuenta que para dejar más clara nuestra posición tal vez hayamos subrayado demasiado las diferencias y, por tanto, dado una imagen excesivamente simplificada de algunas terapias.

PRESUPUESTOS COMUNES A LA MAYORIA DE LAS TERAPIAS ACTUALES

Causas profundas y subyacentes de los síntomas

Una premisa común de muchos enfoques psicodinámicos y familiares/interaccionales es que lo que está creando el problema es alguna dinámica subyacente que el ojo inexperto no percibe fácilmente. Los problemas son, por lo tanto, "síntomas" de alguna causa profunda y subyacente, enorme como un iceberg. De hecho, la propia palabra "síntoma" implica que aquello de lo que se quejan las personas al iniciar la terapia no es el verdadero problema, sino siempre la manifestación de algún problema más profundo. Esta teoría del "iceberg" parece proceder directamente de la medicina, donde los procesos sistémicos dan lugar a síntomas específicos. En medicina, tratar sólo el síntoma puede

resultar inadecuado o incluso peligroso. Esta idea y esta precaución han sido traspasados a los modelos de psicopatología y a los enfoques de terapia.

Para el cambio o la resolución de los síntomas son necesarios la conciencia o el insight

Siguiendo de nuevo la metáfora médica, sería poco inteligente tratar el "síntoma" sin comprender sus causas subyacentes. Muchas terapias intentan resolver los problemas ayudando a los clientes a hacerse conscientes de su naturaleza y de su origen. Se argumenta que para cambiar algo se debe ser consciente de la fuente o de la verdadera naturaleza del problema.

Mejorar o eliminar los síntomas es, en el mejor de los casos, inútil y superficial, y dañino o peligroso en el peor de ellos

Jay Haley ha dicho, medio en serio, medio en broma, que piensa que los psicoanalistas evitan centrarse en eliminar el síntoma porque no saben cómo hacerlo (comunicación personal, 1985). El que el psicoanálisis reste importancia a las soluciones es una consecuencia de la asunción de que no sólo es imposible eliminar el problema real eliminando el síntoma, sino que también podría ser peligroso. Un alivio temporal podría ocultar el problema y reducir la motivación del cliente para tratar las causas "más profundas".

Los síntomas cumplen funciones

La premisa de que los síntomas cumplen funciones está en la base de los enfoques terapéuticos (aparentemente) más dispares.

La mayoría de los terapeutas están de acuerdo en que los síntomas se dan debido a que tienen alguna función a propósito en la vida de las personas. Si no tuvieran algún propósito, no persistirían. Esta idea (que, en nuestra opinión, no sirve a ningún propósito) persiste tanto en las terapias individuales como en las familiares. El terapeuta de orientación psicodinámica admite que el síntoma tiene una función intrapsíquica, mientras que el de orientación interaccional presupone una función familiar o interaccional. Aunque quizás a los terapeutas de orientación psicodinámica y de orientación interaccional no les guste que se les meta en el mismo saco, al dar cursos en todo el mundo a terapeutas de los dos enfoques, nos encontramos con que comparten esta convicción fundamental. Lo que se desprende de esta creencia es la premisa de que, si se elimina el síntoma sin tener en cuenta de alguna forma la función que cumple, se producirá inevitablemente una sustitución de síntomas. Según esta creencia, los síntomas pueden resurgir de diversas maneras: aparecerá algún otro síntoma para ocupar el lugar del anterior, o volverá el síntoma viejo, o alguna otra persona del entorno interaccional desarrollará un problema.

Los clientes son ambivalentes respecto al cambio y muestran resistencia a la terapia

Al supervisar y enseñar a muchos terapeutas de muy distintos enfoques hemos advertido la creencia fundamental de que los clientes, en realidad, no quieren cambiar o al menos son ambivalentes acerca de la posibilidad de cambio. Por tanto hay que darles cierto tiempo o evadir sus defensas. Esta posición apoya a veces un modelo de enfrentamiento, con las consiguientes metáforas militares (“atacar sus defensas”, “ser derrotados por los clientes”, “estrategias para eliminar la resistencia”, “asesinos de terapeutas”, etc.). Un autor llegó incluso a describir a las familias “resistentes” como “barracudas” (Bergman, 1985). Aunque ha habido muchas discusiones sobre este tema en los últimos años

(de Shazer, 1984; Stewart y Anderson, 1984) es evidente que el concepto de resistencia no puede probarse ni refutarse. Si te concentras en encontrar resistencia, encontrarás casi con certeza algo que lo parezca.

*Los cambios reales requieren tiempo;
las intervenciones breves son superficiales y no duran*

Puesto que los problemas y la patología están profundamente enraizados o arraigados, constituyen pautas repetitivas que están en la base de los sistemas individuales o sociales, es poco lo que se puede esperar de intervenciones y contactos breves, excepto, tal vez, un mejor ajuste social o vital. Incluso si el síntoma desaparece en un corto espacio de tiempo, él o algún síntoma sustitutorio aparecerán en algún momento futuro. A veces el cliente despista al terapeuta con una "huida hacia la salud", es decir, aparentando estar mejor, pero tapando, en realidad, el problema real. Los cambios que resultan de intervenciones breves no duran. El cambio real tiene lugar de la misma forma en que surgió la patología; a lo largo de un prolongado período de tiempo. La mayoría de los clientes y terapeutas parecen suscribir la idea, a menudo repetida pero nunca comprobada, de que "superar el problema llevará tanto tiempo como llevó desarrollarlo".

En las terapias orientadas a la relación, en las que la relación entre el cliente y el terapeuta es el centro del tratamiento, se tarda bastante en construir esta relación. En nuestros viajes oímos hablar de un supervisor que dijo a uno de sus supervisados que se necesitaban al menos 27 sesiones para hacer un buen diagnóstico, para conocer lo suficiente a una persona como para poder ayudarla. Aunque tal vez éste sea un costo extremo, la mayoría de las terapias están orientadas hacia la evaluación y el tratamiento a largo plazo.

A veces se dice que las terapias que son breves y trabajan basándose en los objetivos propuestos por el cliente son super-

ficiales. Jay Haley (1987, pág. 25) ha señalado que esta convención de hablar como si las terapias tuvieran (o no) profundidad es solamente una metáfora y no tiene base científica. El se pregunta qué sucedería si, en vez de “profundas” o “superficiales”, se llamara a las unas terapias “de derechas” y a las otras “de izquierdas”. ¿Sería entonces una forma habitual de rechazar un enfoque rival llamarle simplemente “demasiado de derechas” o “demasiado de izquierdas”? Baste decir que, si el cliente termina satisfecho de la terapia y ya no experimenta problemas claramente relacionados con el que tenía inicialmente, las discusiones teóricas acerca de si la terapia es profunda o superficial parecen superfluas.

Centrarse en identificar y corregir patologías y déficit

La mayoría de las terapias dan gran importancia a la patología y los déficit. En un seminario durante un congreso nacional de terapia familiar, Michele presentó un video de terapia orientada a las soluciones: una “cura de un solo golpe”. Tras proyectarse el video, un miembro de la audiencia comentó que la madre era más bien “alocada” y preguntó si el terapeuta no había advertido algo muy extraño en su comportamiento. Al que preguntaba le parecía que estaba como “drogada”. Pensamos que a menudo los terapeutas buscan patología incluso debajo de las piedras. Si la buscas lo suficiente, seguro que la encuentras.

Hace poco, Michele trabajó con un chico de 15 años y su tía. El se había mudado temporalmente a casa de ella para dar un respiro a su padre enfermo. Este chico y su padre, que vivía en otro Estado, tenían una relación extremadamente violenta. Antes de que el chico fuera a vivir con su tía, había estado hospitalizado durante varios meses para controlar sus tendencias desafiantes. Al final de su estancia hospitalaria, el chico cooperaba más con el equipo del hospital, pero no se vio ninguna mejoría en la relación entre padre e hijo.

Estando en casa de su tía se observó una gran mejoría. Aunque las cosas no eran perfectas, el chico, en general, cooperaba, mejoró sus notas en la escuela, buscó un empleo y participaba en las actividades familiares. Michele le enseñó a ser un joven muy agradable y muy motivado en el tratamiento. Su tía era una mujer abierta, que no permitió que la reputación infame del chico marcara sus expectativas respecto a su sobrino.

Varios meses más tarde Michele recibió una llamada de la psiquiatra que había trabajado con el chico. La doctora sentía la necesidad de contactarse con Michele para advertirla acerca de la "personalidad manipuladora" del muchacho. "Pasivo-agresivo, narcisista y malicioso" fueron sólo algunos de los adjetivos que empleó para describir a su ex paciente. Advirtió a Michele que no se dejara engañar por su dulce sonrisa. Finalmente, añadió que ella había trabajado con el hermano del chico, que al menos tenía la decencia de "mostrarse tal y como es en todo momento", mientras que el cliente de Michele seguía las reglas con inteligencia, pareciendo cooperar, pero engañando calculadamente todo el tiempo.

✓ *Más allá de las creencias*

Muchos terapeutas consideran que estas ideas no son simplemente presupuestos, sino "verdades". Nosotros las consideramos meras creencias; muchas parecen incluso supersticiones con muy poca evidencia empírica que las apoye. Nosotros, los terapeutas, creamos a veces sin darnos cuenta profecías autocumplidoras (o tal vez, en este caso, deberían llamarse profecías "heterocumplidoras"). Si creemos que existe un problema profundo subyacente, puede que fomentemos su creación en el transcurso de la terapia. Si creemos que los clientes son enfermos e incapaces, tal vez empiecen a cumplir más y más nuestras expectativas. Discutiremos este tema con más detalle en capítulos posteriores.

DE LA PATOLOGIA DE LA SALUD:
LAS PREMISAS DE LA TERAPIA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

Hace algunos años J. R. Burnham (1966) realizó un interesante experimento sobre los efectos de las expectativas del experimentador. Hizo que varios experimentadores tuvieran ratas recorriendo un laberinto. A la mitad de las ratas se les había extraído quirúrgicamente parte del cerebro. La otra mitad había recibido las mismas incisiones, pero no se habían tocado los tejidos cerebrales. A los observadores ingenuos las ratas les parecían idénticas. Se dijo a estos experimentadores que el objetivo del experimento era estudiar los efectos de las lesiones cerebrales sobre el aprendizaje. A algunos de los experimentadores se les dijo que tenían ratas con lesión cerebral, cuando en realidad se les habían dado ratas sin daño cerebral. A otros experimentadores se les dijo que tenían ratas intactas, pero en realidad recibieron ratas con lesiones cerebrales. A otros se les dieron ratas con la calificación correcta (lesionadas o intactas). Los resultados fueron los siguientes:

1. Las ratas lesionadas no lo hicieron tan bien como las ratas que no estaban lesionadas.
2. Las ratas intactas, pero que los experimentadores creían lesionadas, no lo hicieron tan bien como las ratas que los experimentadores creían no lesionadas.
3. Las ratas lesionadas que los experimentadores creían no lesionadas lo hicieron algo mejor que las ratas no lesionadas que los experimentadores creían lesionadas.

Nos interesan especialmente el segundo y el tercer resultado. A partir de éste y otros estudios (Rosenthal, 1966) queda claro que las expectativas del experimentador influyeron sobre el resultado del experimento. El estado real del cerebro de la rata tenía menos relación con el resultado que el prejuicio del experimentador acerca del resultado probable. Uno puede imaginar las sutiles

diferencias en la forma en que los experimentadores manejaron las ratas y observaron los datos, que pueden justificar la diferente actuación de las distintas ratas en el laberinto. No estamos hablando de falta de honestidad, sino de la influencia inevitable de las expectativas sobre las acciones y percepciones del experimentador.

Volvamos por un momento al mundo de la terapia. Supón que te acaban de derivar un nuevo caso dándote información como “Mary es increíblemente resistente a la terapia” o “Juan tiene lesión cerebral mínima” o “Esta es una familia multiproblemática, derivada por el juez”. ¿De qué manera crees que esta información podría influir sobre tu expectativa acerca de lo que es posible (o imposible) en terapia? Nosotros afirmamos que los prejuicios que se derivan de las expectativas del terapeuta, tanto si son positivas como si son negativas, influirán sobre el curso y el resultado de la terapia de un modo similar al de las expectativas del experimentador en el experimento de Burnham.

En su libro *Imagery in Healing*, Jeanne Achterberg (1985) ofrece muchos ejemplos excelentes de cómo las expectativas influyen sobre el resultado en el ámbito médico/físico. Ella narra una historia del libro de Norman Cousins, *The Healing Heart*, sobre un “paciente en estado crítico cuyo músculo cardíaco estaba irreparablemente dañado y para el cual se habían agotado todos los medios terapéuticos. Durante una de sus visitas, Lown (su médico) comentó a su equipo que el paciente tenía un ‘saludable ritmo de galope’, en realidad, signo de una patología importante, y habitualmente un indicador de que el corazón estaba fallando. Varios meses más tarde el paciente vino a revisión en un extraordinario estado de recuperación. Dijo al Dr. Lown que sabía qué era lo que le había hecho mejorar y en qué momento había ocurrido: ‘...el martes por la mañana cuando usted entró con su gente, sucedió algo que lo cambió todo. Escuchó mi corazón; pareció contento por lo que encontró y anunció a los que estaban en torno a mi cama que tenía un ‘saludable ritmo de galope’. Después el caballero continuó razonando que su corazón debía

tener un buen ritmo y que por tanto no podía estar muriéndose. Supo al instante que se repondría" (Achterberg, 1985, pág. 79, de Cousins, 1983, págs. 15-16).

Puesto que lo que esperas influye sobre lo que consigues, los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz y agradable nuestro trabajo. Mantenemos premisas que se centran en los recursos y las posibilidades; por fortuna, estas asunciones también ayudan a crear profecías autocumplidoras.

*Los clientes tienen recursos y fuerzas
para resolver sus quejas*

El trabajo que Erickson hizo con "Ma" (narrado en nuestra introducción) apunta a la idea de que todas las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas. A menudo, los clientes, abrumados por las dificultades de la vida, pierden de vista sus recursos de resolución de problemas. Tal vez sólo necesiten que se les recuerden las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas. Otras veces, puede que tengan algunas aptitudes que pueden ser aumentadas o perfiladas para ayudarles a superar su situación.

Una maestra de primero fue a la consulta de Michele porque ya no podía manejar la relación frustrante que mantenía con su hija de 15 años; estaba al límite. Explicó que las constantes coacciones y recordatorios, las charlas francas y las voces no conseguían que su hija colaborara más en casa. Según su madre, la chica era autocomplaciente, desafiante e irrespetuosa.

Se hizo evidente que el único método que usaba esta mujer para manejar a su hija era verbalizar su desagrado. Aunque

ocasionalmente variaba el volumen de la voz, no consideraba nunca otro tipo de disciplina. La madre pensaba que su hija debía tener más consideración con ella y obedecer por esa razón. Por desgracia, su hija no estaba de acuerdo.

Lo único que hizo falta para que esta mujer saliera de su atolladero fue recordarle su trabajo con los alumnos. "Todos los maestros saben que los niños tienen diferentes formas de aprender", le dijimos. "Algunos aprenden visualmente y otros aprenden de oído". Ella participó en la conversación ofreciendo información adicional acerca de las formas de aprender preferidas por sus alumnos. "El método de enseñanza debe ajustarse al estilo de cada estudiante para que se produzca el aprendizaje". Ella asintió con vehemencia. Le sugerimos que ella había considerado erróneamente a su hija como una alumna auditiva y debía reevaluar la verdadera forma de aprender de la chica. Una vez que hubo tenido acceso a sus abundantes habilidades, no tuvo ninguna dificultad para volverse más creativa y eficaz en sus respuestas a la hija.

El cambio es constante 4

Si admites que el cambio es constante, te comportarás como si el cambio fuera inevitable. Por medios verbales y no verbales los clientes recibirán la impresión de que sería sorprendente que la queja que presentan persistiera. Los físicos nos enseñan que todo fluye; los átomos y las moléculas están constantemente moviéndose y recolocándose en el universo físico. Los biólogos nos dicen que nuestro organismo crea constantemente células nuevas, de modo que finalmente el conjunto de células de nuestro cuerpo está totalmente nuevo. Consideramos el universo un universo cambiante. De hecho, pensamos que las situaciones de las personas están siempre cambiando. Cuando informan que nada ha cambiado, es su *forma de ver* la situación lo que ha quedado igual.

A una madre y su hija adolescente, tratadas en el centro de Michele, se les pidió que informaran de los resultados de la tarea que habían recibido durante la primera sesión. La tarea había sido diseñada para reducir el número de peleas entre ellas, puesto que la madre se había quejado previamente de que peleaban constantemente. La hija empezó describiendo con todo lujo de detalles una discusión que había habido durante la semana. La madre añadió sus impresiones acerca del altercado. A los 10 minutos de esta charla, la terapeuta les interrumpió preguntando: "Por cierto, ¿qué tal fue el resto de la semana?" La expresión de la madre cambió abruptamente. "Oh" dijo, "¡Se portó como un verdadero ángel! Aparte de esa pelea estuvo maravillosa".

Nuestra conjetura es que si la terapeuta hubiera permitido que esta pareja siguiera comentando su enfrentamiento, podrían y lo habrían hecho durante la mayor parte de la sesión. Es más, probablemente hubieran dejado la sesión centrada en las dificultades de su relación, pese a que la mayor parte de la semana había ido sumamente bien. Seguramente esto hubiera tenido efectos negativos para su relación. Por fortuna para estos clientes, la premisa de la terapeuta de que "el cambio es inevitable" la llevó a dedicar el resto de la sesión a explorar qué había contribuido a que tuvieran una semana relativamente pacífica.

De forma similar, ¿cuántas veces sucede que, pese a que un marido y una mujer hayan tenido una o dos semanas muy agradables, un desacuerdo durante el camino al despacho del terapeuta lleva a éste a creer que no ha habido ninguna mejoría? El terapeuta ve a dos individuos enfadados y hace juicios instantáneos, a veces inconscientes, acerca de su evolución, con lo que se desanima. Cuando los esposos se lanzan a explicar la naturaleza de su desacuerdo (pensando que es para eso para lo que están en terapia), sienten el desánimo creciente del terapeuta y los recuerdos de los buenos momentos de la semana se desvanecen.

A la inversa, si aseguramos a los clientes que comentaremos su pelea tras revisar la tarea (ofreciéndoles así una oportunidad

para que describan los sucesos positivos de la semana), los sentimientos positivos que surgen de esta discusión crearán un contexto diferente en el cual volver a hablar sobre el desacuerdo, si es que ello sigue siendo necesario para entonces. También se pueden enfriar de esta forma los recuerdos de la discusión. Es obvio que el terapeuta puede hacer mucho para influir sobre las percepciones de los clientes respecto a la inevitabilidad del cambio y lo que “debería” suceder durante la sesión.

Tal y como indicábamos en nuestra discusión inicial, pensamos que el terapeuta conduce la sesión en una dirección determinada basándose en sus prejuicios y presupuestos. Puesto que la terapeuta con un enfoque centrado en las soluciones se centra en la omnipresencia del cambio, cambiará el tema de conversación: de cómo las cosas han seguido igual se pasará a cómo las cosas han cambiado.

El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio

Como terapeutas, tenemos un deber muy claro. Primero, conseguir claridad en nosotros mismos; y buscar luego cualquier señal de claridad en los demás y apoyarles y reforzarles en todo lo que haya de sano en ellos.

GREGORY BATESON, 1972, pág. 487.

A partir de los ejemplos anteriores debería quedar claro que como terapeutas ayudamos a crear una realidad determinada por medio de las preguntas que hacemos y los temas en que elegimos centrarnos, así como mediante los que elegimos ignorar. En el mare mágnum de información que nos proporcionan nuestros clientes, nos parece importante centrarnos en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo. Describiendo sus observaciones del trabajo de Erickson, Haley escribió: “También es característico del trabajo con familias de Erickson buscar un pequeño cambio

y ampliarlo. Si el cambio se da en un área crucial, lo que parece pequeño puede cambiar todo el sistema. A veces emplea la metáfora de un agujero en un dique; no hace falta un agujero muy grande para terminar produciendo un cambio en la estructura de todo el dique" (1973, págs. 34-35).

*Habitualmente no es necesario saber mucho
sobre la queja para resolverla*

Normalmente, los terapeutas orientados hacia las soluciones no encuentran útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado. A veces sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja. Nos hemos encontrado con que a menudo los terapeutas quedan atascados por tener demasiada información, más que por tener demasiado poca, o demasiada información acerca del problema y demasiado poca acerca de la solución.

Hace varios años Michele tuvo a una madre y a su hija de 15 años en terapia. Al inicio de la primera sesión hizo una pregunta acerca de los cambios positivos en su situación que habían advertido antes de la sesión. La madre dio durante 15 minutos valioso material positivo acerca de todos los cambios que había observado entre la llamada para pedir hora y la consulta. Dijo: "Estoy más relajada porque mi hija parece más feliz y más relajada... Me puedo concentrar mucho mejor en el trabajo... Me he dado cuenta de mi propia responsabilidad para que todo esto siga adelante y he hecho algunos cambios... Su padre parece estar menos encima de ella, así que yo me siento mucho mejor". Luego la chica añadió su propio recuento de mejoras, que incluían estar más relajada, llevarse mejor con los amigos, ser capaz de concentrarse en la escuela, y sentirse aliviada porque su madre se encontraba mejor.

A la mitad de estos informes de cambio (que eran parecidos

a lo que se dice durante la última sesión de un tratamiento eficaz), Michele se dio cuenta de que no sabía nada sobre la queja. A medida que los clientes seguían enumerando los cambios se preguntaba qué hacer a continuación, puesto que se sentía desbordada por el número y la magnitud de los cambios. Se planteó preguntar simplemente: "¿Bien, qué tiene que suceder para que las dos continuéis estos cambios?", pero en aquel momento le parecía ilógico intentar resolver un problema del que no sabía nada.

En vez de ello recurrió a la pregunta "¿En qué puedo ayudaros?" En cuanto hizo esta pregunta resultó evidente que había invertido el impulso hacia adelante iniciado por su pregunta anterior. Tanto la madre como la hija respondieron ofreciendo sus relatos acerca de las dificultades que estaban experimentando. Sin darse cuenta, Michele les había apartado del proceso de cambio.

En vez de una información detallada sobre la queja, lo que parece importante para los terapeutas centrados en las soluciones es lo que los clientes hacen y que les da buenos resultados. Hay mucho que aprender de las excepciones, es decir, de los momentos en los que los problemas que llevan a los clientes a terapia no resultan molestos. Sea lo que fuere diferente en esos momentos, puede identificarse y el cliente puede aprender a repetir una y otra vez lo que funciona, hasta "no dejar espacio" al problema. Es como si hubiera una pantalla de televisión que se llena con lo que está enfrente de la cámara de la conversación terapéutica, sea lo que fuere. Si la cámara se centra sobre todo en los problemas y la patología, tanto los terapeutas como los clientes perciben problemas y patología. Si el centro de interés de la investigación y la discusión está en las soluciones y las capacidades, son esas imágenes las que dominan la pantalla. De forma similar, si se consigue que los clientes perciban o actúen sobre los recursos y las soluciones fuera de la sesión, esa percepción o experiencia llenará también la pantalla de sus vidas fuera de la terapia.

*No es necesario conocer la causa
o la función de una queja para resolverla*

Los terapeutas que se centran en las soluciones no aceptan la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas (lo que llamaremos “quejas”) cumplen determinadas funciones. Incluso las hipótesis más perceptivas y creativas acerca de la posible función de un síntoma no ofrecerán a los terapeutas pistas acerca de cómo puede cambiar la gente. Simplemente sugieren cómo las vidas de las personas se han vuelto estáticas y por qué se mantienen de esa forma.

En esencia, la idea de que los síntomas cumplen determinadas funciones tiene sus raíces en la teoría freudiana. La doctrina de la sustitución de síntomas afirmaba que los problemas psicológicos representan conflictos subyacentes y que cualquier intento de centrarse en la eliminación de síntomas en vez de hacerlo sobre el tema subyacente llevaría, en el mejor de los casos, a la reaparición de otro síntoma...

Nunca se ha demostrado empíricamente que la eliminación de síntomas tenga que llevar inevitablemente a una ruptura de la familia o a nuevos síntomas en otros miembros de la familia. Ciertamente no fue ése el caso en las 300 historias clínicas, aproximadamente, que yo examiné en el MRI (Mental Research Institute). La reacción más habitual de las familias ante la mejoría de uno de sus miembros es el alivio...

Sin embargo, un terapeuta que crea que los síntomas tienen funciones puede de hecho fomentar una ruptura familiar. Cuando la terapia está basada en la creencia de que los síntomas cumplen funciones se hace difícil una verdadera colaboración con las familias... El problema más serio de la idea de la función de los síntomas es que puede convertirse en una profecía autocumplidora, antiterapéutica (Coyne, 1985, págs. 60-61).

Antes de empezar el tratamiento, la mayoría de los clientes han especulado (miles de veces) acerca de las causas y razones de sus dificultades. Rara vez les acerca este tipo de análisis a la solución; si lo hiciera, no estarían en terapia. Rara vez saber “por qué” se come demasiado sirve para refrenar el apetito o cambiar los hábitos de alimentación.

Debido a experiencias terapéuticas previas, a las imágenes que

transmiten los medios de comunicación, o a la creencia cultural en la validez de una búsqueda de causas, muchos clientes nos dicen que su objetivo en el tratamiento es entender “por qué” tienen el problema. A esto respondemos: “¿Sería suficiente que el problema desapareciera y nunca entendieras por qué lo tuviste?” Por lo general los clientes están de acuerdo en que lo que realmente quieren es aliviar el problema. Simplemente pensaron que tenían que entender el problema antes de resolverlo.

*Sólo es necesario un cambio pequeño;
un cambio en una parte del sistema
puede producir cambio en otra parte del sistema*

Las personas que están en un bache hablan con frecuencia de los círculos viciosos. Saben que salir y hacer algo aliviaría su depresión, pero están demasiado deprimidas para hacerlo. Reconociendo su incapacidad de emprender la acción se deprimen aun más, lo que les hace tener aun menos ganas de salir, etcétera.

Esta tendencia de que los pensamientos y acciones entren en escalada puede actuar también en la dirección opuesta. Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. Las parejas que van a terapia ofrecen a menudo ejemplos claros de este fenómeno. Habitualmente estas relaciones se caracterizan por las acusaciones y el retraimiento. Sin embargo, cuando la persona A realiza un pequeño gesto que agrada a la persona B, la persona B corresponde, lo que a su vez estimula a la persona A a responder de igual manera, etc. (Tal vez podría denominarse esto una “espiral benevolente”).

Erickson empleó la metáfora de una bola de nieve rodando por una montaña para describir la importancia de los cambios pequeños. La metáfora de la bola de nieve dice que una vez que la bola rueda, el terapeuta solamente necesita apartarse del camino. Esto se contrapone al modelo “Sísifo” de terapia

(siguiendo el mito griego de Sísifo) en el que el terapeuta ayuda al cliente o a la familia a subir la roca del problema hasta la cima de la montaña, para descubrir que al principio de la sesión siguiente la roca está de nuevo al pie de la montaña. Algunos terapeutas incluso suben la roca hasta la cima de la montaña mientras la familia observa desde abajo.

Otra característica del cambio es que es contagioso; un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema. En nuestros seminarios mostramos a veces el video de una madre y su hijo que se están quejando de muchas cosas, entre ellas de la abuela (que no está presente en la sesión), porque interfiere en su conducta. El comentario que con mayor frecuencia hacen los observadores tras ver la primera sesión es que el terapeuta debe incluir a la abuela en la segunda sesión para resolver sus diferencias. La segunda sesión empieza con que la madre informa que las cosas han mejorado mucho y el hijo le da la razón al ciento por ciento. Ella añade que esta semana la abuela no se ha metido donde no la llaman, y que eso les agrada. Sin embargo, esto deja perplejos a los asistentes al seminario, ya que la terapeuta no dio ninguna tarea o mensaje referido a la abuela. ¿Qué puede justificar entonces el repentino cambio en su conducta molesta?

Hemos observado repetidas veces que un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en otras partes de la familia. De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. Imagínate el movimiento de un móvil. Poco después de que se ha movido una pequeña pieza, todo el móvil está girando, rotando y dando vueltas. Puesto que el cambio parece producir más cambio, los terapeutas centrados en las soluciones, en vez de preocuparse por la sustitución de síntomas o la recaída al final de la terapia, vislumbran un futuro aun más brillante que la situación del cliente al terminar la terapia. Tenemos la sensación de que los cambios positivos al menos continuarán y que tal vez se expandirán y tendrán efectos beneficiosos en otras áreas de la vida de la persona.

De hecho, según los estudios de seguimiento realizados en el Centro de Terapia Familiar Breve y en el Mental Research Institute, parece haber cierta base empírica para este optimismo. Una de las preguntas de seguimiento que se utiliza es: "¿Ha mejorado, desde que terminó la terapia en el BFTC, alguno de los problemas antiguos que no fueron abordados directamente en terapia?" En uno de los estudios, 15 de los 23 clientes encuestados informaron que se habían producido mejorías en otras áreas (de Shazer, 1985, págs. 156-157). Un estudio de seguimiento que utilizaba las mismas preguntas, y realizado en el McHenry County Youth Service Bureau (Illinois), donde trabaja Michele, arrojó aproximadamente los mismos resultados, con un 67% de los clientes informando de mejorías en otras áreas.

Los clientes definen los objetivos

En el video citado más arriba, la madre dice al terapeuta que su objetivo para la terapia es ser menos sarcástica con su hijo y pelear menos con él. Sin embargo, cuando preguntamos a los terapeutas que ven la cinta cuáles creen que deberían ser los objetivos, sugieren cosas como: "La madre (que está soltera) necesita un novio", "La madre tiene que aprender a no estar tan encima de su hijo", "Necesitan más contacto visual" y "Necesitan irse de casa de la abuela". Todas estas sugerencias pueden ser buenas, pero tienen poco que ver con los objetivos que se ha marcado la cliente. A veces, cuando hacemos este ejercicio, los terapeutas ni siquiera pueden recordar los objetivos formulados por la madre.

Los terapeutas centrados en las soluciones no creemos que haya una única forma "correcta" o "válida" de vivir la propia vida. Hemos llegado a la conclusión de que lo que en una familia o para una persona es una conducta inaceptable, resulta deseable para otra. Por lo tanto son los clientes, no los terapeutas, los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento. (Esto es

diferente de la identificación de problemas, que consideramos una co-creación entre clientes y terapeutas.)

Los terapeutas están entrenados para ver patologías, así que tal vez en la situación anterior estén seguros de que es patológico para la madre y el hijo vivir con la abuela. Pensamos que lo mejor es dejar la decisión en manos de las personas involucradas (abuela, madre e hijo), y que podemos trabajar para conseguir los objetivos que han indicado, sin imponerles nuestras ideas de cómo deberían vivir una vez que el tratamiento haya tenido éxito.

A este respecto, Erickson ha dicho: "Cada persona es un individuo único. Por tanto, la psicoterapia debería formularse para satisfacer la unicidad de las necesidades del individuo, en vez de adaptar a la persona para que quepa en el 'lecho de Procusto' de una teoría hipotética de la conducta humana" (Zeig, 1982, pág. vii).

Una última reflexión sobre el establecimiento de objetivos en terapia. Hemos trabajado con muchos clientes cuyas experiencias terapéuticas anteriores habían sido decepcionantes por la siguiente razón: Contrariamente a lo que el cliente identificaba como la meta a conseguir, el terapeuta insistía en que sabía cuál era el problema real, y por tanto, cuál debía ser el objetivo del tratamiento. Con frecuencia, estos clientes dicen: "Llevamos a nuestro hijo para recibir algunos consejos sobre su problema de comportamiento, pero el terapeuta dijo que, en realidad, teníamos problemas maritales y que en vez de eso deberíamos trabajar sobre nuestro matrimonio. Nos enfadamos y decidimos no volver".

Puesto que no creemos que exista un "problema real" subyacente a la queja, ni creemos que los terapeutas estén mejor preparados para decidir cómo sus clientes deberían vivir sus vidas, pedimos a la gente que solicita nuestra ayuda que establezcan sus propios objetivos para el tratamiento. Sólo en circunstancias poco frecuentes hacemos sugerencias alternativas a los objetivos de nuestros clientes. Una excepción obvia es el establecimiento de objetivos ilegales, como el abuso de niños. Otra excepción es el

manejo de metas claramente inalcanzables o no realistas, que abordaremos con mayor detalle más adelante.

En la mayoría de los demás casos, los clientes marcan sus propios objetivos. Si la pareja del ejemplo anterior quiere trabajar sobre la conducta de su hijo, es eso exactamente lo que vamos a hacer. Ni qué decir tiene que es predecible que la pareja se lleve mejor cuando ya no tengan que discutir sobre la mala conducta de su hijo. Hay más de una forma de despellejar a un gato.

El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos

Creemos que, como resultado de nuestra interacción durante la primera sesión, nuestros clientes obtendrán una visión nueva, más productiva y optimista, de su situación. Naturalmente, si tras la primera sesión aún piensan que su situación necesita mejorar, esperamos que vayan a casa y hagan lo que sea necesario para hacer sus vidas más satisfactorias. Por lo tanto es común que durante la segunda sesión se informe de cambios significativos, y que estos cambios sean duraderos. Para los terapeutas que trabajan de esta forma, la duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a las diez sesiones, habitualmente más bien sobre las cuatro o cinco, y ocasionalmente sólo una.

Las preocupaciones que los clientes presentan a los terapeutas centrados en las soluciones no son distintas de las de los clientes que acuden a otros tipos de tratamiento. Y, sin embargo, en otras modalidades de tratamiento no se informa habitualmente de una rápida resolución de problemas o de "curas espontáneas". De nuevo estamos convencidos de que los terapeutas y clientes co-crean realidades. Tal vez el factor más importante que contribuye a las expectativas de cambio de los clientes sea lo que el terapeuta cree que en última instancia puede conseguirse.

En *Imagery in Healing* (Achterberg, 1985, págs. 82-83) se describe otro ejemplo fascinante de curación rápida. A una investigadora médica especializada en cáncer le fue diagnosticado

un tumor cerebral y se le dieron 6 meses de vida. Sin embargo, cuando revisó las estadísticas nacionales de cáncer con una persona que le ayudó a interpretarlas, descubrió que, aunque era cierto que la esperanza media de vida era de 6 meses, el 38% de todos los pacientes en su grupo de edad tenía la expectativa de vivir 3 años más, y que un 27% vivía al menos 10 años y se les consideraba curados tras ese período de tiempo. Cuando conoció estas nuevas estadísticas, pensó: "Lo conseguiré". A continuación "...volvió de nuevo a pensar y actuar como una persona sana. A los dos días se aclaró su habla, mejoró su memoria y desapareció una tos persistente. Insistió en seguir un programa de terapia física para fortalecer su mano y su brazo debilitados, y pidió que le redujeran las altas dosis de tranquilizantes y somníferos. El neurólogo que trabajaba en colaboración con nosotros quedó atónito ante sus rápidos progresos".

No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos

En la película japonesa ya clásica, *Rashomon*, se cuenta la historia de un asesinato a través de los ojos y los recuerdos de varios observadores diferentes. Lo que resulta tan intrigante de esta historia es que, a pesar de que los narradores describen el mismo suceso, sus descripciones difieren tremendamente. No hay forma de determinar cuál de los puntos de vista es el más "correcto"; al contrario, resulta evidente que cada punto de vista es solamente una pequeña porción de la imagen total y está coloreado por los prejuicios y las ideas previas de cada persona.

Cuando trabajamos en terapia con parejas y familias se nos recuerda el "efecto Rashomon". A veces, cuando dos personas describen un suceso, una discusión o incluso el argumento de una película, es difícil creer que las dos observaron lo mismo. Cuando se describen los diferentes puntos de vista, en vez de pensar que

son “correctos” o “erróneos”, admitimos que la percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida, de la situación.

Aunque no pensamos que haya puntos de vista correctos o incorrectos, creemos que existen puntos de vista más o menos útiles. Es decir, las opiniones que las personas tienen acerca de sus problemas aumentan o disminuyen la probabilidad de solución. Los puntos de vista útiles ofrecen una salida de las redes psicológicas que tejen las personas. Los puntos de vista que las mantienen bloqueadas simplemente no son útiles.

Por ejemplo, aunque tal vez nadie ponga en duda los “hechos” de la situación, “Steve ha estado haciendo novillos y ha suspendido 5 asignaturas”, puede haber profundos desacuerdos respecto al “significado” de esta conducta. La conducta de Steve podría describirse como vaga y mal intencionada. Tal vez el padre diga que no ir al colegio es un acto beligerante, de rebeldía. O quizá los padres hagan la conjetura de que tiene problemas de autoestima desde que se trasladó a la nueva escuela, hace seis meses. Tal vez la madre añada que últimamente han estado bajo una gran tensión por problemas económicos y probablemente Steve esté reflejando la tensión que hay en casa. Una tercera opinión sería que los novillos de Steve son sólo un ejemplo de su conducta irregular en general, sintomática de su intolerancia al azúcar.

Estos puntos de vista influirán en cómo se intenten reducir los novillos de Steve. Considerando a éste beligerante y vago, lo más probable es que sus padres empleen el castigo o la disciplina para obligarle a mejorar su asistencia a clase. Sin embargo, si se piensa que Steve tiene un problema de autoestima, habrá largas “charlas sinceras” y conversaciones. (“¿Qué te pasa? Dime qué es lo que te preocupa”.) Con frecuencia se pide consulta para “llegar a la raíz del problema”. Los padres que tienen este criterio por lo general no se plantean emplear consecuencias negativas (castigos) para la conducta no deseada. Asimismo, si los padres están convencidos de que la causa del comportamiento de su hijo es

fisiológica, estará por supuesto indicado un tratamiento bioquímico y no se buscarán ni aceptarán otros enfoques.

Por tanto, los significados que las personas atribuyen a la conducta limitan el abanico de alternativas que emplearán para enfrentarse a una situación. Si los métodos empleados no producen un resultado satisfactorio, por lo general no se pone en duda la premisa original acerca del significado de la conducta. Si se hiciera se podrían considerar nuevos significados, que a su vez podrían llevar a un enfoque diferente y tal vez más efectivo. En vez de ello, las personas suelen redoblar sus esfuerzos ineficaces para resolver el problema, pensando que haciéndolo más, con más empeño, o mejor (por ejemplo, más castigos, más conversaciones sinceras, etc.) terminarán por resolverlo (el “más de lo mismo” del grupo MRI; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Su persistencia recuerda a los “turistas que viajan por países no-anglófonos y que, cuando los nativos no entienden sus peticiones, las repiten hablando más alto” (Weiner-Davis, 1984, pág. 47).

A veces lo único que hace falta para iniciar un cambio importante es un cambio en la percepción de la situación. Por ejemplo, una madre estaba terriblemente preocupada por su hija adolescente. Informó que la chica parecía deprimida porque pasaba mucho tiempo sola en su habitación, y cuando estaba con la familia durante las comidas, con frecuencia estaba callada y parecía deseosa de volver a su cuarto al acabar de comer. Como suele suceder en estos casos, la madre había intentado ayudar a su hija preguntándole: “¿Estás bien? ¿Qué te pasa? ¿Estás deprimida?” Para evitar estas preguntas la chica se retiraba aun más.

Preguntamos a la madre cómo era capaz de diferenciar entre “depresión” y “altibajos normales de la adolescencia”. Reflexionó un momento sobre nuestra pregunta y dijo que no había considerado realmente la posibilidad de que su hija estuviera simplemente baja de ánimo. Esta nueva visión de la anterior situación la alivió mucho. La siguiente vez que observó a su hija leyendo en silencio en su cuarto, no se preocupó por ello y se sentó

en el sofá a leer un buen libro también ella. La chica notó que algo había cambiado al ver que su madre no estaba en la puerta controlándola; sintiendo curiosidad, bajó las escaleras para ver qué estaba sucediendo. La presencia de la hija abajo reforzó la nueva perspectiva de la madre en el sentido de que su hija estaba bien, etcétera.

*Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse,
y no en lo que es imposible e intratable*

Como terapeutas orientados al cambio, queremos centrar nuestra atención en los aspectos cambiantes y cambiables de la experiencia de nuestros clientes. Por tanto, no nos fijamos en las características o aspectos del cliente o de su situación que no sean susceptibles de cambio.

Una de las modas actuales en terapia es el diagnóstico de “personalidad *borderline*”. Hemos hecho sondeos en nuestros seminarios y aún no hemos encontrado a nadie que haya curado o cambiado una personalidad *borderline*. Lo mejor que se puede hacer con ese diagnóstico, aparte de años de terapia intensiva y posiblemente infructuosa, es sobrellevar el trastorno.

Tal vez sea éste el punto capital de desacuerdo entre los terapeutas centrados en las soluciones y los terapeutas de otras orientaciones que trabajan a largo plazo. A aquellos de nosotros que nos centramos más en las soluciones nos gusta trabajar con objetivos bien definidos, que sean alcanzables en un período de tiempo razonable (es decir, bastante menor que los 20 años de Alby Singer). Los terapeutas que trabajan a largo plazo se comprometen a menudo, dándose o no cuenta de ello, a intentar cambiar las características relativamente fijas de las personas, como su personalidad o sus complejos. Curar una personalidad *borderline* está más allá de nuestros conocimientos, pero ayudar a una persona a conseguir un trabajo o a hacer amigos o a tener

una relación sexual satisfactoria, o a dejar de autolesionarse, sí está dentro de nuestras posibilidades.

Por lo tanto nos centramos en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen más susceptibles de cambio, sabiendo que iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas (quizás incluso en su "personalidad"). Evitamos los constructos psicológicos que no son útiles para el cambio. Los constructos de personalidad pueden ayudarnos a entender la complejidad de las personas, pero se necesita todo un conjunto de nuevos constructos para ayudar a las personas a cambiar.

Jay Haley (1976) ha expresado bien esta idea:

Catalogar a un niño como "delincuente" o decir que sufre una "disfunción cerebral mínima", o etiquetar a un adulto como "alcohólico" o "esquizofrénico" es participar en la creación de un problema de tal forma que el cambio se hace más difícil. Un terapeuta que describe una situación familiar en términos de "una madre dominante y un padre pasivo" o "una relación simbiótica entre madre e hija" ha creado problemas con ello, aunque pueda pensar que solamente está identificando los problemas que se le presentan. La manera en que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico.